

高齢者予防接種自己負担免除対象者確認申請書

(宛先)

大津市長

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種自己負担免除対象者の
確認を受けたいので下記のとおり申請します。

予防接種の種類

☐ インフルエンザ

☐ 新型コロナワクチン

ふりがな
接種希望者名

生年月日

_____ 大正 ・ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

_____ 大津市 _____

電話番号

市処理欄	
生保開始日	
受付月日・受付者	